

# Скрининг гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Е. В. Зорина, И. Л. Давыдкин

Самарский Государственный медицинский университет, кафедра госпитальной терапии с курсом трансфузиологии, г. Самара

## Screening for gastroesophageal reflux disease

E.V. Zorina, I. L. Davidkin

The Samara State medical university, Department of hospital therapy, Samara

### Резюме

**Цель исследования.** Оценить роль скрининга в выявлении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и обучения этих пациентов в «Школе больных ГЭРБ» на амбулаторно-поликлиническом этапе с помощью изучения оценки качества жизни.

**Материалы и методы.** Тесты на наличие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, разработанные профессором В.А. Исаковым (МОНКИ им. М.Ф. Владимирского) и оценку качества жизни (опросник SF-36, созданный J.E. Ware) прошли 180 пациентов, обратившихся за амбулаторно-поликлинической помощью. По результатам тестирования опрошенные были разделены на 2 группы: 1-я с наличием гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, 2-я — без симптомов гастро-эзофагеального рефлюкса. Оценку качества жизни проводили методом суммирования оценок Ликерта на основе перекодировки промежуточных значений с помощью программного обеспечения, распространяемого компанией QMetric Inc (MOS SF-36. The Health Institute, New England Medical Center, Boston, USA). Ретроспективно изучены электронные амбулаторные карты всех больных, проанализированы результаты ФГДС и контрастной рентгеноскопии верхних отделов пищеварительного тракта.

**Результаты.** Более половины пациентов, обратившихся за амбулаторно-поликлинической помощью, имели симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь протекала под «масками» других заболеваний, а их взаимное влияние приводило к синдрому взаимного отягощения.

**Заключение.** Скрининг пациентов на амбулаторном этапе позволяет выявить симптомы гастроэзофагеального рефлюкса, определить дальнейшую тактику обследования и лечения, а обучение больных позволит уменьшить клинические проявления этой патологии и предупредить осложнения.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, скрининг, амбулаторно-поликлинический этап, «Школа больных ГЭРБ».

### Summary

**The Purpose of research.** To estimate a role of screening in revealing sick gastroesophageal reflux disease (GERD) and training of these patients in «To School of patients GERD» at an dispensary-polyclinic stage by means of studying an estimation of quality of a life.

**Materials and methods.** Tests for presence gastroesophageal reflux disease developed by professor V.A. Isakovym (MRSRI n. M.F.Vladimirsky) and an estimation of quality of a life (questionnaire SF-36 created J.E. Ware) have passed 180 patients who have addressed the dispensary-polyclinic help. By results of testing interrogated have been divided into 2 groups: 1-st with presence gastroesophageal reflux disease, 2-nd — without symptoms gastroesophageal a reflux. An estimation of quality of a life spent a method of summation of estimations Likerti on the basis of code conversion of intermediate values by means of the software distributed by company QMetric Inc (MOS SF-36. The Health Institute, New England Medical Center, Boston, USA). Retrospectivity electronic out-patient cards of all patients are studied, results esophagogastroduodenoscopy and contrast rentghenoscopy the top departments of a digestive path are analysed.

**Results.** More than half of the patients who have addressed the dispensary-polyclinic help, had symptoms gastroesophageal reflux disease. Gastroesophageal reflux disease proceeded under «Masks» other diseases, and their mutual influence led to a syndrome of mutual burdening.

**The conclusion.** Screening of patients at an dispensary stage allows to reveal symptoms gastroesophageal a reflux, to define further tactics of inspection and treatment, and training of patients will allow to reduce clinical displays of this pathology and to warn complications.

**Keywords:** gastroesophageal reflux disease, screening, an dispensary-polyclinic stage, «School of patients GERD».

### Введение

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) относится к «болезни XXI века» [1]. В развитых странах мира наблюдается отчетли-

вая тенденция к увеличению частоты ГЭРБ. По данным различных авторов, среди взрослого населения изжога — кардинальный симптом ГЭРБ — встречается у 20-50% населения [2, 3, 4]. А одной из решающих характеристик ГЭРБ является снижение качества жизни [4].

Е. В. Зорина — кандидат медицинских наук;

И. Л. Давыдкин — доктор медицинских наук.

Длительное время существовало мнение, что ГЭРБ является болезнью, которая должна постоянно контролироваться врачом и требующая непрерывного медикаментозного лечения препаратами, обладающими прокинетиической активностью и, в ряде случаев, подавляющими выработку соляной кислоты [5]. При таком подходе считалось, что вся ответственность за своевременное выявление заболевания, в том числе внепищеводных его проявлений [6] и факторов риска [7, 8, 9], заинтересованность в улучшении состояния здоровья прикрепленного населения и диагностика заболевания на ранних его стадиях, оказание адекватной лечебно — профилактической помощи является задачей исключительно врача общей практики (ВОП).

Однако, возможно достижение контроля над заболеванием самими пациентами на амбулаторном этапе как с помощью немедикаментозных методов, так и лекарственными препаратами, принимаемыми «по требованию» [3]. Эффективность проводимого лечения пациент может контролировать самостоятельно с помощью специальной анкеты самоконтроля. Данные мероприятия существенно сократят расходы на лечение и улучшат качество жизни пациента.

Целью исследования явилось оценить роль скрининга в выявлении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и обучения этих пациентов в «Школе больных ГЭРБ» на амбулаторно-поликлиническом этапе с помощью изучения оценки качества жизни.

## Материалы и методы

Обследовано 180 пациентов, обратившихся за амбулаторно — поликлинической помощью. Все больные ответили на вопросы стандартного тест — опросника SF-36, созданного J. E. Ware (The Health Institute, New England Medical Center, Boston, USA) и определяющего уровень качества жизни (КЖ) пациента, а так же прошли тест на выявление ГЭРБ, разработанный профессором В.А. Исаковым (МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского). Расчет критериев КЖ проводили методом суммирования оценок Ликерта на основе перекодировки промежуточных значений и последующим трансформированием предварительных значений каждой из шкал с помощью специальной формулы в 100-балльную шкалу и корреляционно-го анализа.

По результатам тестирования на выявление ГЭРБ данное заболевание обнаружено у 102 (57%) человек из числа опрошенных. В связи с проявлениями этого заболевания 12 (11,76%) больных обратились к кардиологу, 36 (35,3%) — к пульмонологу, 52 (50,98%) к ВОП,

и только 2 (1,96%) — к гастроэнтерологу. В результате обследования этим больным были поставлены диагнозы: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения стабильная II-III функциональных классов 51 (50%) пациенту, 34 (33,3%) больным — бронхиальная астма различной степени выраженности, 6 (5,9%) — хронический обструктивный бронхит, 4 (3,9%) — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, 7 (6,9%) — хронический поверхностный гастрит. С целью дифференциальной диагностики всем 102 обратившимся была выполнена эзофагогастро-дуоденоскопия (аппаратом Olimpus, Япония).

В результате проведенного осмотра пациентов на консультацию к гастроэнтерологу кардиологом было направлено 7 (6,9%) человек, пульмонологом — 34 (33,3%) и ВОП — 39 (38,2%) пациентов. Всего гастроэнтерологом осмотрены 82 (80,4%) человека и всем пациентам был поставлен диагноз: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Каждому больному с проявлениями ГЭРБ было назначено медикаментозное лечение, проведены занятия по индивидуальному методу обучения больных ГЭРБ, на котором даны рекомендации по образу жизни, направлены на уменьшение рефлюксов, и самоконтролю клинических проявлений заболевания (использовался тест на выявление ГЭРБ), а также по применению лекарственных препаратов в соответствии с методическими рекомендациями, разработанными для преподавания в «Школе больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью».

В последующем, был проведен ретроспективный анализ электронной базы амбулаторных карт всех опрошенных больных за последние 4 года.

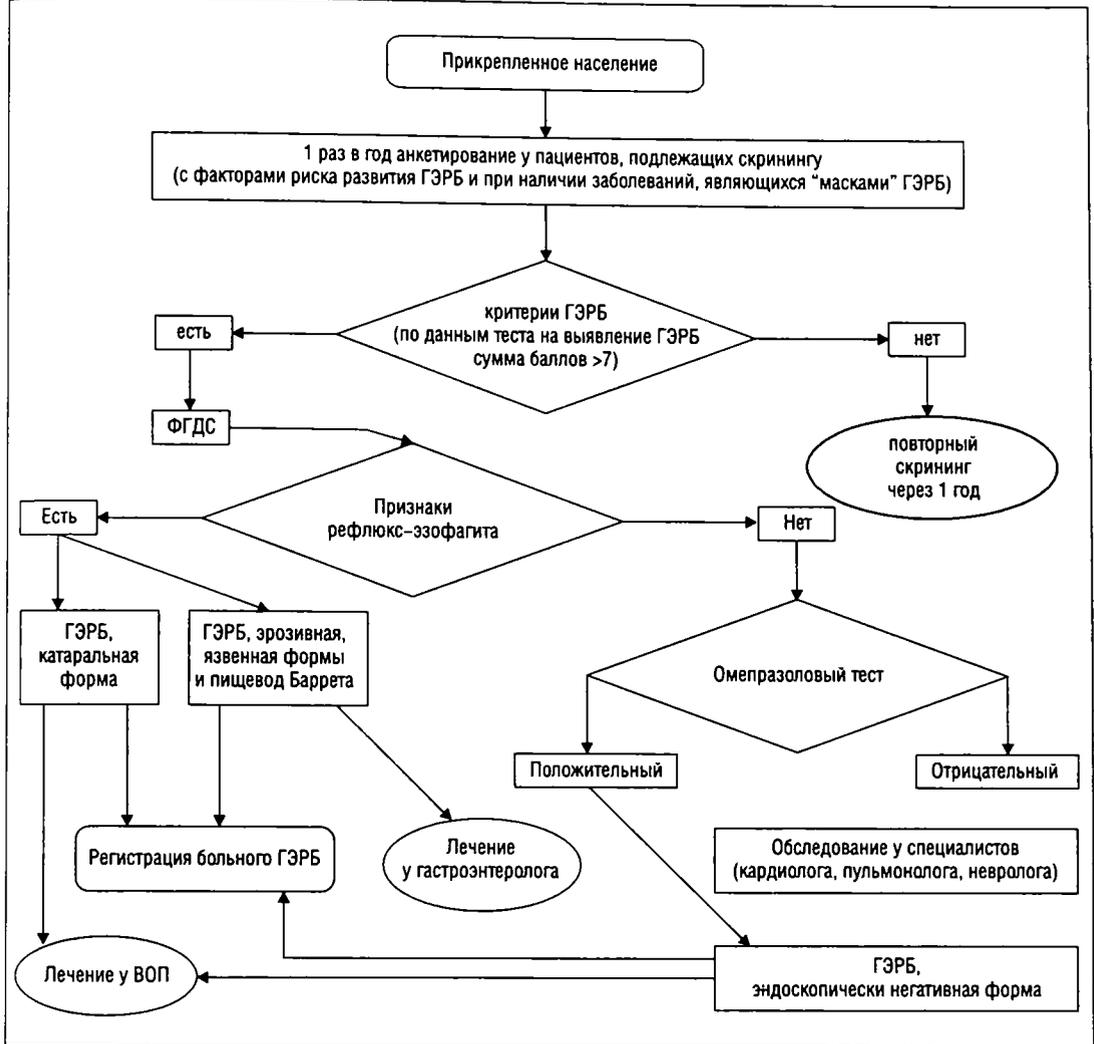
Группу сравнения составили 20 практически здоровых человека, предъявляющих жалобы на периодически возникающий дискомфорт в эпигастриальной области, после приема пищи, у которых при проведении комплексного обследования, включающего омега-тест и фиброэзофагогастро-дуоденоскопию никакой патологии обнаружено не было.

## Результаты исследования и их обсуждение

В результате анализа полученных данных у больных с наличием ГЭРБ индекс КЖ был снижен ( $61 \pm 3$  балла) по сравнению с группой практически здоровых ( $83 \pm 4$  балла).

У всех больных ГЭРБ, обратившихся к кардиологу, при целенаправленном опросе выявлены следующие особенности: изжога возникла спустя 2-3 года после постоянного приема антиангинальных препаратов и ацетилсалициловой кислоты, в большинстве случаев изжога предшествовала возникновению присту-

Схема Алгоритм проведения скрининга ВОП по активному выявлению пациентов с ГЭРБ



пов стенокардии. Именно при рефлексорно — обусловленных ангинозных приступах прием нитратов для их купирования не оказывал эффекта, а прием антацидных препаратов (таких как алюминия фосфат, алгедрат + магния гидроксид, гидротальцид) приводил к положительному результату.

У больных бронхиальной астмой и хроническим бронхитом не удалось выявить четкой связи начала возникновения заболевания и первыми проявлениями ГЭРБ. Но эти больные отметили, что при учащении возникновения эпизодов изжоги они вынуждены увеличивать количество ингаляций препаратов с бронхолитическим действием. Причем у больных, использующих ингаляционные глюкокортикостероиды, проявления ГЭРБ встречались в 3,2 раза реже, чем у больных, лечение которых прово-

дится бета-2-агонистами и м-холиноблокаторами.

К врачам общей практики обращались пациенты, которые не могли четко охарактеризовать свое состояние. Наиболее часто они предъявляли жалобы на боль за грудиной и в проекции мечевидного отростка, которой давали характеристики: жгучая, нестерпимая, раздражающая, печет. Именно интенсивность боли и «яркие» ее проявления вызывали у больных чувство страха, ассоциировались с инфарктом, ограничивали жизнедеятельность и вызывали эмоциональный дискомфорт. При целенаправленном опросе только у 7 (21,9%) из 32 (61,5% обратившихся к ВОП) больных, предъявляющих вышеперечисленные жалобы, наряду с ГЭРБ была диагностирована ишемическая болезнь сердца.

На внезапно возникающее чувство удушья, нехватку воздуха после еды или в горизонтальном положении предъявляли жалобы 7 (13,5%) пациентов, 6 (11,5%) человек беспокоил «ком в горле», 4 (7,7%) — боль в спине, связанную с приемом пищи, у 3 (5,8%) больных основными симптомами, заставившими обратиться к врачу стали неприятный привкус во рту, обложенность языка, запах из ротовой полости.

К гастроэнтерологу обратились 2 пациента, их беспокоила отрыжка кислым и, иногда, пищей.

При ретроспективном анализе амбулаторных карт больных всем 102 пациентам с наличием ГЭРБ за последние 4 года были выполнены ФГДС (у 78 больных неоднократно) и/или рентгеноскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта с барием на трохоскопе. По эндоскопическим данным гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь выявлена в 74 (81,3%) исследованиях из 91 выполненных, причем у 52 (70,3% от числа обследованных) больных обнаружена катаральная форма эзофагита, у 19 (25,7%) пациентов эрозивная форма, а у 3 (4,0%) — язвенная. Рентгеноскопически гастро-эзофагеальный рефлюкс подтвержден у 61 (95,3%) из 64 обследованных больных, а признаки эзофагита обнаружены в 28 (43,8%) исследованиях.

В группе пациентов без симптомов ГЭРБ ФГДС выполнена у 7 (9,7%) пациентов, рентгеноскопия с барием — 1 (1,3%). Гастроэзофагеальный рефлюкс не был обнаружен ни в одном исследовании.

Из 82 пациентов, прошедших индивидуальное обучение в «Школе больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью» повторно гастроэнтерологом осмотрено 46 человек (36 пациентов на повторный прием не явились по различным причинам). Из них 37 (80%) пациентов отметили снижение частоты и уменьшение выраженности клинических проявлений ГЭРБ, при оценке индекса КЖ показатели практически не отличались от таковых в группе практически здоровых лиц.

Таким образом, разработке реорганизационных мероприятий по совершенствованию первичной медицинской помощи предшествовал анализ существующей системы ее оказания, определение аспектов на каждом этапе, а также отбор и анализ литературных данных, и, с учетом полученных результатов, разработка алгоритма скрининга больных, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью врачом общей практики (схема). При обращении пациентов с жалобами на изжогу, загрудинную боль, приступ одышки и др. симптомы, которые могут являться проявлениями

ГЭРБ, больных просят заполнить анкету на выявление данного заболевания. При отрицательном результате анкетирования (сумма баллов 7) проводится повторный скрининг через год.

При положительном тесте все пациенты регистрируются в специальной базе данных лечебного учреждения, проходят скрининговое обследование (ФГДС). При выявлении катаральной формы ГЭРБ, лечение осуществляется ВОП. Если у больного диагностируется эрозивная, язвенная форма или пищевод Баррета, то такие больные направляются к гастроэнтерологу. При отсутствии рефлюкс-эзофагита у больных с клиническими симптомами этого заболевания выполняется омега-прозрачный тест. При положительном результате теста подтверждается эндоскопически негативная форма ГЭРБ, лечение проводится ВОП. Если омега-прозрачный тест является отрицательным или сомнительным — то данный контингент больных направляется на специализированное обследование к специалистам соответствующего профиля.

Внедрение скрининга по выявлению симптомов ГЭРБ путем тестирования и обучение пациентов в «Школе больных ГЭРБ» позволит на амбулаторно — поликлиническом этапе активно выявлять больных этой патологией на ранней стадии заболевания, улучшить качество жизни пациента, а также качество оказания медицинской помощи, уменьшить число осложнений, снизить показатели госпитализации, в том числе и с «масками» ГЭРБ, вызовов скорой помощи, оптимизировать экономические затраты на ведение данной категории больных.

## Литература

1. Бирмингем, 1997 6-я Объединенная Европейская неделя гастроэнтерологии.
2. Трухманов А. С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клиника, диагностика, лечение. Самарское медицинское обозрение 28 мая 2001; 3: 6-7.
3. Калинин А. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: диагностика, терапия и профилактика. Фарматека. 2003; 7: 1-10.
4. Лапина Т. Л. Изжога: распространенность, клиническое значение, ведение пациентов. Фарматека. 2003; 10: 10-14.
5. Исаков В. А. Безопасность ингибиторов протонного насоса при длительном применении. Клиническая фармакология и терапия. 2004; 13(1): 26-32.
6. Borjesson M., Albertson P., Dellborg M. Esophageal dysfunction in Syndrome X. Amer. J. Cardiol. 1998; 82: 1187-1191.
7. Fass R. Risk Factors for Nighttime Gastroesophageal Reflux Disease. Medscape Gastroenterology. 2006; 8 (1).
8. Mohammed I., Nightingale P., Trudgill N. J. Risk Factors for Gastroesophageal Reflux Disease Symptoms: A Community Study. Aliment Pharmacol Ther. 2005; 21(7): 821-827.
9. Orr W.C. Sleep and Gastroesophageal Reflux. Medscape Gastroenterology. 2005; 7 (1).